

# ¡Hoy comienza un mañana más saludable!

Es importante que usted lea y entienda la información de este manual. Por favor consérvelo.

Este manual describe los servicios de seguro médico disponibles a través de Healthy Families Program. Describe las reglas de Healthy Families Program y contiene la información acerca de los planes médicos, de atención dental y de cuidado de la vista disponibles a partir de febrero de 2009 en su condado.

**Por favor lea estas secciones cuidadosamente:**

- Elegibilidad
- Afiliación
- Cuotas del seguro
- Resumen de beneficios
- Selección de planes de seguros

**Cómo obtener una solicitud:**

*Llame al 1-888-747-1222*, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

También puede imprimir la solicitud de nuestro sitio web en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov).

**Cómo solicitar:**

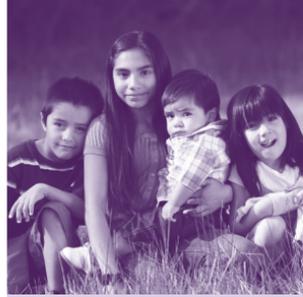
1. Llene una solicitud y envíela usted mismo por correo o
2. **Llame al 1-800-880-5305**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m., para que un representante de servicios al cliente llene una solicitud para usted y responda a sus preguntas. La llamada es gratuita. El representante le hará preguntas, llenará la solicitud y se la enviará por correo para que usted pueda firmarla y devolverla.
3. Reciba ayuda en persona de un Asistente certificado para solicitudes (CAA). Los CAA son personas de organizaciones comunitarias, capacitadas para ayudarle. Para encontrar un CAA, llame a Healthy Families o búsquelos en el sitio web. Esta ayuda es gratuita.



# Contenido

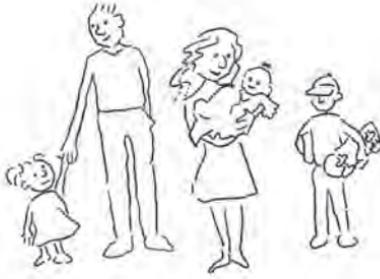
Healthy Families Program . . . . .	2
Elegibilidad . . . . .	3
Afiliación . . . . .	5
Afiliación de bebés hijos de afiliadas a AIM Program . . . . .	7
Cuotas del seguro . . . . .	7
Determinación de las cuotas mensuales . . . . .	11
Resumen de beneficios . . . . .	13
Selección de planes de seguros . . . . .	20
Plan de poblaciones especiales . . . . .	21
Información de ciudadanía e inmigración . . . . .	24
Cambios de dirección, ingresos o tamaño de su familia . . . . .	27
Revisión anual de elegibilidad (AER) . . . . .	28
Desafiliación . . . . .	29
Patrocinio . . . . .	30
Avisos de la Ley de portabilidad y responsabilidades del seguro médico (HIPAA) . . . . .	30
Cambios . . . . .	31
Período de Inscripción abierta . . . . .	32
El proceso de apelación . . . . .	33
Ley de estadounidenses con discapacidades . . . . .	36
Aviso de privacidad de Healthy Families Program . . . . .	37
Planes de seguro por condado y por cuota . . . . .	41
Respuestas a preguntas comunes . . . . .	91
Acerca de los planes de seguro de médico . . . . .	93
Acerca de los planes de servicios dentales y de la vista . . . . .	101
Materiales impresos por idioma . . . . .	105
Guía de comparación de calidad de los planes . . . . .	111
Información de cada plan . . . . .	137
Lista de términos definidos . . . . .	175

**NOTA:** Si usted tiene 18 años (o es un menor que vive solo) y está solicitando el seguro para usted mismo, cada vez que lea “usted” o “su familia” o “afiliado”, nos referimos a usted.



# Healthy Families Program

Healthy Families Program es un seguro de bajo costo que ofrece cobertura médica, dental y de la vista para niños que no tienen seguro hoy y que no son elegibles para Medi-Cal sin costo.



## ¿Cómo proporcionará Healthy Families la atención médica a mis hijos?

Cuando afilie a sus hijos a Healthy Families usted elegirá planes de seguro médico, de atención dental y de cuidado de la vista. Los planes ofrecen la cobertura médica, dental y de la vista para sus hijos. Este seguro paga la mayoría del costo de las consultas al médico, dentista y al médico de la vista de sus hijos. Los planes de seguros también contratan clínicas, laboratorios, farmacias y hospitales para la atención médica de sus hijos.

## Cómo comunicarse con nosotros:

- En internet, en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov).
- Llame gratis al: 1-800-880-5305, para solicitar o averiguar la situación de una solicitud

después de presentarla.

- Llame gratis al 1-866-848-9166, a la Línea de servicios al cliente de Healthy Families una vez que esté afiliado.

## ¿Quién puede ser elegible?

- Los niños, hasta su cumpleaños 19 y
- Los hijos de una familia sin seguro médico patrocinado por el patrón durante los últimos tres meses y
- Los niños que viven en California y
- Los niños que no son elegibles o que no están afiliados a Medi-Cal sin costo y
- Los niños que cumplen con las reglas de ciudadanía o inmigración y
- Los niños de familias que tienen ingresos dentro de las pautas de Healthy Families y
- Los hijos de afiliadas del programa Acceso para bebés y madres (AIM) que no estén afiliados a Medi-Cal Program completo sin costo o algún seguro médico patrocinado por el patrón.

Lea los requisitos de ingresos para los niños en la solicitud de **Healthy Families**.

## ¿Quién puede solicitar?

- Los padres, tutores legales, padrastros, padres de crianza o parientes al cuidado de los niños pueden solicitar para los niños que vivan en su casa. *Solamente se considerarán los ingresos de los padres.* Si usted es el tutor legal, padrastro, padre de crianza o pariente al cuidado de un niño que viva con usted, sus ingresos no se tomarán en cuenta para Healthy Families.
- Si tiene 18 años de edad, usted podrá solicitar su propio seguro si cumple con los requisitos de ingresos.
- Si es menor de edad usted puede solicitar por sus hijos.
- Los menores que no vivan con sus padres, tutor legal, padrastro, padre de crianza o pariente a su cuidado, pueden solicitar Healthy Families para sí mismos o para sus hijos.

## ¿Qué tipos de papeles tengo que enviar como pruebas de los ingresos de mi familia?

La solicitud contiene información de los tipos de papeles requeridos como pruebas de ingresos.

## ¿Y si mi hijo tiene actualmente seguro médico?

Si su hijo ya tiene cobertura de

un seguro médico patrocinado por su patrón, no será elegible para Healthy Families. Si su hijo ha tenido seguro patrocinado por el patrón en los últimos tres meses, posiblemente no sea elegible para la cobertura de Healthy Families.

Si terminó la cobertura del seguro a través del patrón en los últimos tres meses, el niño podría ser elegible para Healthy Families, si:

- La persona o padre que proporciona la cobertura de salud perdió o cambió de trabajo o
- La familia se mudó a un área donde no se ofrece la cobertura patrocinada por el patrón o
- El patrón canceló los beneficios de salud a todos sus empleados o
- La cobertura se perdió porque la persona que proporcionaba la cobertura falleció, se separó legalmente o se divorció o
- La cobertura médica era proporcionada bajo la ley federal “COBRA” (Ley general consolidada de reconciliación de presupuesto) y dicha cobertura terminó o
- El niño alcanzó el nivel máximo de cobertura permitido por el seguro en el que está afiliado actualmente.

# Afiliación

---

## ¿Cómo solicito Healthy Families?

Llene la solicitud y envíela por correo en el sobre provisto. Una solicitud completa tiene:

- 1 Todas las respuestas a sus preguntas.
- 2 Copias de los papeles que muestran sus ingresos.  
*Consulte los ejemplos en la solicitud.*
3. Copias de todos los demás papeles pedidos.

## ¿Quién puede ayudarme a llenar la solicitud?

Si necesita ayuda para llenar la solicitud o si tiene alguna pregunta, llame al **1-800-880-5305**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

**Ayuda en persona.** También puede obtener ayuda en persona de un Asistente certificado para solicitudes (CAA). Los CAA son personas de las organizaciones comunitarias, capacitadas para ayudarle a llenar la solicitud. Para encontrar un CAA en su área, llame a Healthy Families o haga una búsqueda en el sitio web en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov).

**Solicitud por teléfono.** Llame a Healthy Families y un representante de servicios al cliente llenará una solicitud por usted. El representante le hará preguntas, llenará el formulario

y se lo enviará por correo para que usted pueda firmarlo y devolverlo. La llamada tomará unos 20 minutos. Tendrá que tener a la mano lo siguiente cuando llame:

- Papel y lápiz o pluma para anotar información.
- Un talón de pago recibido en los 45 días anteriores o el formulario 1040 de la declaración de impuestos federales por ingresos del año pasado de todas las personas que reciban ingresos en su hogar.
- Si alguien trabaja por su cuenta, la declaración de pérdidas y ganancias de los 3 meses más recientes o el formulario 1040 de la declaración de impuestos federales por ingresos del año pasado y la Tabla C (Schedule C).
- Las fechas de nacimiento de todos los niños que soliciten en su hogar.
- Las cantidades de los gastos de guardería infantil.
- Las cantidades por el cuidado de un dependiente incapacitado.
- Las cantidades de manutención infantil o pensión alimenticia, pagados o recibidos.

Después de la llamada, Healthy Families le enviará por correo la solicitud impresa con sus datos. Usted tendrá que asegurarse que la información sea correcta

y firmar la solicitud. Devuelva por correo la solicitud a Healthy Families junto con los papeles que le pidan, como pruebas de ingresos y gastos y documentos de ciudadanía.

## ¿Cuánto tiempo llevará el trámite de la solicitud completa de mi hijo?

Cuando recibamos la solicitud completa, Healthy Families determinará si es elegible a más tardar en 10 días calendario. Le avisaremos por carta y también recibirá una llamada de bienvenida.

## ¿Cuándo comenzará la cobertura?

La carta llevará la fecha de comienzo de la cobertura del seguro para todos los niños afiliados al programa. El primer día de cobertura comienza 10 días después de la fecha en que Healthy Families determine que el niño es elegible para el programa. Si la cobertura de Medi-Cal sin costo de su hijo está terminando, la cobertura de Healthy Families comenzará cuando termine la cobertura de Medi-Cal. Healthy Families no ofrece cobertura retroactiva.

## ¿Cuánto tiempo tomará si falta información en mi solicitud?

Si su solicitud no está completa, le avisaremos por escrito. También trataremos de localizarlo por teléfono.

Healthy Families no podrá determinar si su hijo es elegible si usted no envía la información pedida. Usted debe enviar toda la información que le pidan a más tardar a 17 días de la fecha en que Healthy Families reciba su solicitud. Usted tendrá que volver a solicitar (enviar una nueva solicitud) si la información pedida no se recibe a más tardar 60 días después de la fecha en que Healthy Families rechace su solicitud.

Si sus ingresos están por debajo de los niveles de ingresos de Healthy Families, enviaremos su solicitud al Departamento de servicios sociales de su condado. Ellos lo llamarán a más tardar en 45 días para informarle si usted o su familia son elegibles para Medi-Cal.

Si le parece que hemos cometido un error al no afiliar a su hijo, usted puede pedir una revisión. Consulte la sección de Apelaciones de este manual *o llame al 1-866-848-9166*. La llamada es gratuita.



# Afiliación

## Si estoy embarazada y el bebé no tendrá seguro cuando nazca ¿puedo solicitar Healthy Families antes de que nazca el bebé?



Sí, usted puede solicitar el seguro hasta tres meses antes de que nazca el bebé. Con su solicitud, usted deberá enviar una copia

de un certificado de embarazo que indique la fecha estimada del parto. Si la solicitud está completa y usted es elegible, le avisaremos por escrito a más tardar 10 días después de recibir su solicitud completa. Si su solicitud no está completa, Healthy Families se comunicará con usted.

## ¿Qué tengo que hacer una vez que nazca mi bebé?

A más tardar 30 días después del nacimiento de su bebé usted deberá enviar uno de los siguientes documentos:

- Una copia del certificado de nacimiento, del hospital u otro centro de atención médica o
- Una declaración firmada por el proveedor de

La cobertura de seguro para el bebé no comenzará antes de 13 días después de la fecha en que se reciba la prueba de nacimiento del bebé.

atención médica que atendió el parto o

- Algún documento equivalente.

Cerraremos su caso si Healthy Families no recibe una prueba del nacimiento del bebé a más tardar 30 días después de la fecha estimada del parto. Usted tendrá que volver a solicitar y enviar todos los papeles necesarios con su nueva solicitud.

## Si la cobertura de Medi-Cal para mi hijo va a terminar ¿qué tan pronto puedo solicitar Healthy Families?

Usted puede solicitar Healthy Families hasta con tres meses de anticipación, si ocurrirá alguna de las siguientes condiciones:

- El niño cumple un año y pierde Medi-Cal sin costo (la cobertura de Healthy Families comienza el primero del mes siguiente al primer cumpleaños del niño) o
- El niño cumple seis años y perderá Medi-Cal sin costo (la cobertura de Healthy Families comienza el primero del mes siguiente al sexto cumpleaños del niño) o
- Terminan los beneficios de Medi-Cal sin costo del niño.

Por favor presente el Aviso de acción de Medi-Cal más reciente.

## ¿Cómo me afilio para la cobertura de mi bebé si estoy en el Programa Acceso para bebés y madres (AIM)?

Si usted está en AIM (el programa de cobertura médica de bajo costo para mujeres embarazadas), su bebé es elegible para Healthy Families Program si no está afiliado a Medi-Cal sin costo o no tiene seguro patrocinado por el patrón. Usted debe afiliar a su bebé inmediatamente después de nacido. El Programa AIM le enviará un formulario unos 30 días antes de la fecha estimada del parto.

Este formulario también está a su disposición en [www.aim.ca.gov](http://www.aim.ca.gov), para que usted lo imprima y lo envíe por correo.

La cobertura de su bebé comenzará a partir de su fecha de nacimiento. El bebé quedará afiliado al mismo plan que usted tuvo en AIM. Si usted tiene otros hijos ya afiliados a Healthy Families, el bebé será transferido a los planes de los otros niños, a partir del primer día del tercer mes después de nacer. Por favor llame a Healthy Families si su bebé tiene necesidades de atención médica especial y usted no quiere que lo transfieran a otro plan.

Su bebé seguirá afiliado a Healthy Families si usted cumple con las pautas de ingresos del Programa AIM en la primera Revisión anual de elegibilidad (lea la página 28). Para seguir afiliado a Healthy Families, para la segunda Revisión anual de elegibilidad del bebé usted deberá estar dentro de las pautas de ingresos del programa Healthy Families.

## ¿Cuánto cuesta la cobertura de mis hijos?

Las cuotas mensuales para los niños las determina la categoría de ingresos, la cual incluye el tamaño de familia, los ingresos familiares y el plan de seguro médico que elija. Usted paga una cuota mensual de entre \$4 y \$17 por cada niño hasta un máximo de \$51 por todos los niños de la familia afiliados a Healthy Families Program.



# Cuotas del seguro

---

## ¿Qué hay sobre la ascendencia de indio americano o de nativo de Alaska?

Si el solicitante o niño que solicita Healthy Families Program tiene ascendencia de indio americano o nativo de Alaska, entonces no tendrá que pagar la cuota ni los copagos. Para suspender cuotas y copagos, el niño o el solicitante indio americano o nativo de Alaska debe enviar alguno de los siguientes papeles como prueba de ascendencia.

- Copia de algún documento de registro de indio americano o nativo de Alaska de una tribu reconocida federalmente. o
- Un certificado de grado de sangre india (CDIB) de la Oficina de asuntos indios o
- Una carta de Ascendencia de indio americano de alguna institución de Servicios médicos para los indios americanos que opere en el estado de California

## ¿Y si no puedo encontrar mis papeles de ascendencia de indio americano o nativo de Alaska?

Las personas que se declaren como indios americanos o nativos de Alaska tendrán dos meses, desde la fecha de afiliación, para proporcionar pruebas aceptables. Healthy

Families suspenderá las cuotas mensuales por dos meses, pero los copagos no se suspenderán sino hasta que se reciban la papeles y que estos sean aprobados.

Las cuotas mensuales y copagos se suspenderán en el mes después que Healthy Families reciba los papeles aceptables. Healthy Families no devolverá los copagos realizados durante los meses en que usted no tenía las pruebas aceptables de su ascendencia.

## ¿Cómo pago las cuotas mensuales del seguro?

Una vez que su hijo esté afiliado a Healthy Families usted recibirá estados de cuenta mensuales (facturas) por correo. Su pago vencerá el día 20 de mes, aún si no recibe una factura.

Cuatro formas de pago.

1. Puede pagar por correo con:

- Cheque personal
- Cheque certificado
- Giro postal (Money Order)

Haga su pago a nombre de Healthy Families Program.

Envíe por correo los pagos a:

**Healthy Families  
Payment Section  
PO Box 537019  
Sacramento, CA 95853-7019**

2. Usted puede pagar en efectivo en persona. Pague en cualquier oficina *Convenience Pay* de Western Union.

Llame al 1-800-551-8001, opción 1, para encontrar una oficina *Convenience Pay* de Western Union cerca de usted. No hay cargos por este servicio.

- 3 Usted puede pagar su cuota con tarjeta de crédito por teléfono o a través del sitio web de Healthy Families en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov). Healthy Families acepta tarjetas VISA y MasterCard. Llame al 1-888-256-6167 para hacer un pago único. Llame al 1-877-267-3729 para establecer pagos mensuales automáticos. Si se inscribe para pagar con pagos mensuales automáticos, recibirá un descuento del 25% en sus cuotas.
- 4 Puede pagar con Transferencia electrónica de fondos (EFT). Para pagar con EFT, siga las instrucciones del reverso de su estado de cuenta mensual. Tendrá que llenar un formulario dando permiso a Healthy Families para sacar dinero todos los meses de su cuenta bancaria de cheques o de ahorros. Tendrá que enviar el formulario a Healthy Families junto con un cheque cancelado de su cuenta. La cuenta bancaria puede ser su propia cuenta personal o de alguna otra persona. Usted recibirá un descuento automático del 25% en su cuota mensual si paga con EFT.

Por favor espere de seis a ocho semanas para procesar la solicitud de EFT.

## ¿Puedo ahorrar dinero en mis cuotas?

Sí. Si su cuenta está al corriente y paga tres meses seguidos por adelantado, recibirá gratis el cuarto mes de cobertura. Para ganar un mes gratis de cobertura, su cuenta debe estar al corriente y debemos recibir su pago por tres meses a más tardar el día 20 del mes. *Esta opción no está disponible si paga con EFT o pagos automáticos con tarjeta de crédito.*

También puede ahorrar dinero si elige el “Plan proveedor comunitario” de su área. Este plan de seguros ha realizado la mejor labor al incluir en su red las clínicas y médicos que tradicionalmente han atendido a las personas sin seguro de su comunidad. Como recompensa al plan por su servicio a la comunidad, le ofrecemos a usted este plan de seguro a un precio reducido. La cuota mensual que se anota incluye un descuento de \$3 por persona. Estos planes se muestran en la sección “Planes de seguro por condado y por cuota”, que empieza en la página 41 de este manual.

# Cuotas del seguro

## ¿Qué pasará si no pago mis cuotas mensuales del seguro?

Si usted no paga la cuota completa por dos meses seguidos, desafiliaremos a su hijo. Si desafiliamos a su hijo porque usted no pagó, la cobertura terminará al final del segundo mes para el cual usted no haya pagado la cuota mensual. Healthy Families le enviará un recordatorio antes de que ocurra la desafiliación. Usted será responsable del costo de cualquier servicio de atención médica que su hijo reciba después de terminar la cobertura.

Si vuelve a afiliarse a Healthy Families, usted tendrá que hacer todos los pagos vencidos de los 12 meses anteriores, antes de reafiliarse.

## ¿Cómo se aplican los pagos a la cuenta de mi familia?

Los pagos o créditos a su cuenta primero se aplicarán a la cuenta atrasada de su hijo.

Si aún queda dinero en la cuenta, se aplicará al pago de la cuota del mes actual del niño.

Healthy Families aplicará toda cantidad adicional que usted haya enviado hacia pagos futuros. Si aún queda suficiente dinero en la cuenta para pagar tres meses adelantados, Healthy Families le dará un cuarto mes de cobertura gratis.

## ¿Y si no recibo facturas?

Es su responsabilidad enviar los pagos aún si no recibe una factura. Todos los pagos se vencen el día 20 del mes. Escriba su Family Member Number en el cheque o giro postal (Money Order) y envíelo a:

**Healthy Families  
Payment Section  
PO Box 537019  
Sacramento, CA 95853-7019**

Lea en las páginas 8 y 9 otras formas de hacer su pago.

*Recuerde:* Sólo envíe pagos a esta dirección. Por favor no envíe ningún otro papel a esta dirección.

*Para ganar un mes gratis de cobertura, su cuenta debe estar al corriente y su pago por tres meses debe recibirse antes del 20 del mes en que se vence.*



# Determinación de las cuotas mensuales

## ¿Cómo determino mi cuota mensual?

Para determinar la cuota mensual para los niños de su familia, primero debe determinar si sus ingresos mensuales caen dentro de la Categoría A, B o C. Usted necesitará la siguiente información:

- Cuántos familiares viven en su hogar.
- Ingresos mensuales netos (ingresos mensuales brutos menos las deducciones permitidas)

## Deducciones permitidas

Deduzca los siguientes gastos de sus ingresos brutos mensuales:

- Si usted paga manutención infantil o pensión alimenticia por orden de un juez, deduzca la cantidad de sus ingresos brutos mensuales.
- Si usted recibe manutención infantil o pensión alimenticia por orden de un juez, usted puede deducir hasta \$50 de los ingresos de su familia.
- Por cada padre que trabaje, deduciremos \$90 por gastos relacionados con el trabajo. Si sus ingresos son menores de \$90, deduzca sólo lo que gane.

- Por cada persona que reciba Compensación laboral temporal o Seguro por incapacidad del estado, deduzca \$90. Si usted recibe menos de \$90 mensuales, deduzca solamente la cantidad recibida.
- Deduzca lo que paga de guardería infantil por cada hijo o la cantidad que usted paga por la atención a un dependiente incapacitado. Las cantidades deducibles máximas permitidas por cada hijo y dependiente incapacitado son:
  - Niños **menores** de 2 años de edad = \$200
  - Niños de 2 años y **mayores** = \$175
  - Dependiente incapacitado, de cualquier edad = \$175

# Determinación de las cuotas mensuales

## Cómo determinar los ingresos netos:

1. Calcule sus ingresos brutos mensuales. Sume las cantidades brutas de sus talones de pago. Si trabaja por su cuenta, llame al 1-800-880-5305 para que lo ayuden a determinar su cuota.
2. Sume el total de sus deducciones mensuales permitidas por el programa.
3. Reste sus deducciones de sus ingresos brutos. La diferencia son sus ingresos mensuales netos.

## Cómo determinar la cuota de su hijo:

- Busque el tamaño de su familia y sus ingresos netos en el cuadro de

abajo, para encontrar su categoría de ingresos: A, B o C.

- La sección de Planes de seguros por condado y por cuota comienza en la página 41.
- Busque el condado donde vive y vaya a esa página.
- Elija su plan de seguros y busque su categoría de cuota de seguro, A, B o C. Si sus ingresos están por debajo de la Categoría A, posiblemente sus hijos sean elegibles para la **cobertura gratuita** a través de Medi-Cal Program.

Tamaño de su familia (personas)	Categoría A	Categoría B	Categoría C
1	\$868 - \$1,300	\$1,300.01 - \$1,734	\$1,734.01 - \$2,167
2	\$1,168 - \$1,750	\$1,750.01 - \$2,334	\$2,334.01 - \$2,917
3	\$1,468 - \$2,200	\$2,200.01 - \$2,934	\$2,934.01 - \$3,667
4	\$1,768 - \$2,650	\$2,650.01 - \$3,534	\$3,534.01 - \$4,417
5	\$2,068 - \$3,100	\$3,100.01 - \$4,134	\$4,134.01 - \$5,167
6	\$2,368 - \$3,550	\$3,550.01 - \$4,734	\$4,734.01 - \$5,917
7	\$2,668 - \$4,000	\$4,000.01 - \$5,334	\$5,334.01 - \$6,667
8	\$2,968 - \$4,450	\$4,450.01 - \$5,934	\$5,934.01 - \$7,417
9	\$3,268 - \$4,900	\$4,900.01 - \$6,534	\$6,534.01 - \$8,167
10	\$3,568 - \$5,350	\$5,350.01 - \$7,134	\$7,134.01 - \$8,917
Para más de 10 personas, agregue la cantidad de abajo por cada familiar adicional..			
	\$301 - \$450	\$450.01 - \$600	\$600.01 - \$750

Healthy Families Program ofrece cobertura completa de seguro médico, dental y de la vista por medio de planes de seguro. Los beneficios de todos los planes de seguro de Healthy Families son similares. Los beneficios pueden ser administrados de manera diferente.

Los niños afiliados son elegibles para todos los servicios cubiertos que sean médicamente necesarios. Healthy Families no negará cobertura a personas con base en sus padecimientos médicos. Se le avisará la fecha en que su hijo puede comenzar a recibir los servicios.

Los cuadros de las páginas 16 a 19 de este manual contienen un resumen de los beneficios y los servicios ofrecidos por cada plan.

## ¿Hay costos adicionales para que mi hijo reciba estos servicios?

Sí. Además de las cuotas mensuales, usted hace un copago de \$5 por los beneficios de los niños al momento en que se reciba el servicio. Algunos servicios son gratis. Ningún pago individual por beneficios de los niños será de más de \$5.

La cantidad máxima de copago que usted hace por servicios médicos por año de beneficios es de \$250 por familia. *Un año de beneficios es del 1° de julio al 30 de junio. Guarde todos los recibos de los copagos que haga al momento de recibir servicios*

*médicos. Avísele a su plan de seguro médico si llega al máximo de \$250 por año de beneficios. Entonces ya no tendrá que hacer más copagos de \$5 por servicios médicos sino hasta el siguiente año de cobertura.*

**Es posible que se suspendan (que sean gratis) las cuotas y copagos para los niños descendientes de indios americanos y de nativos de Alaska. Lea la página 8.**

## Embarazo cubierto

Las afiliadas a Healthy Families tienen derecho a los servicios relativos al embarazo. Si quiere solicitar por el bebé, deberá presentar una nueva solicitud de Healthy Families. Lea más información en la página 6.

Es posible que las afiliadas embarazadas a Healthy Families sean elegibles para la cobertura de Medi-Cal sin costo para los servicios relativos al embarazo. Si la afiliada embarazada está inscrita a Medi-Cal sin costo, el bebé estará asegurado por Medi-Cal sin costo durante el primer año de vida. Para obtener más información sobre Medi-Cal sin costo, llame al Departamento de servicios sociales de su condado, a un proveedor local de Medi-Cal o al **1-866-848-9166**.

# Resumen de beneficios

---

## ¿Qué es California Children's Services (Programa de servicios infantiles de California)?

**California Children's Services (CCS)** es un programa en todo el estado que atiende a los niños menores de 21 años de edad (menores de 19 si están afiliados a Healthy Families) con ciertas limitaciones físicas o padecimientos crónicos médicos, dentales o de la vista.

Si algún proveedor médico, dental o de cuidado de la vista sospecha que su hijo tiene algún padecimiento elegible para CCS, éste deberá enviar a su hijo al programa CCS de su condado. El programa CCS del condado determinará si un afiliado a Healthy Families tiene algún padecimiento elegible. Encontrará una lista de padecimientos elegibles para CCS en [www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/medicaleligibility.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/medicaleligibility.aspx) o llame al departamento de salud de su condado.

Si el afiliado a Healthy Families es elegible para los servicios de CCS, el programa CCS local pagará por los servicios y equipos específicos autorizados por el programa CCS, si estos servicios los proporciona un proveedor aprobado por CCS para atender el padecimiento médico elegible para CCS. Es importante que los servicios sean aprobados por programa CCS

**antes** de que su hijo los reciba. Si los servicios no son autorizados por CCS, el programa CCS no pagará la atención. Para toda la demás atención médica, dental y de cuidado de la vista, el afiliado a Healthy Families seguirá afiliado a Healthy Families Program y recibirá servicios a través de los planes de seguro médico, atención dental y de cuidado de la vista de Healthy Families. Hable con el proveedor médico, dental o de cuidado de la vista de su hijo si tiene alguna pregunta sobre CCS.

Su proveedor deberá enviar a su hijo a CCS. No obstante, si le parece que su hijo puede tener algún padecimiento médico, dental o de la vista elegible, usted puede comunicarse con el programa CCS de su condado y pedir una evaluación. Usted puede encontrar la oficina de CCS de su condado llamando al departamento local de salud de su condado.

Si su hijo ya está recibiendo servicios a través de CCS, avise al proveedor médico, dental o de cuidado de la vista de su hijo cuando lo afilie a Healthy Families Program, para que los servicios que recibe su hijo sean coordinados entre CCS y su plan de Healthy Families.

**Aviso importante:** Si envían a su hijo al programa CCS de su condado y el programa determina que su hijo es elegible para los servicios de CCS, entonces

su hijo tendrá que recibir una autorización para los servicios de CCS y los servicios tendrá que proporcionarlos un proveedor aprobado por CCS. *Si después de ser elegible para CCS usted lleva a su hijo con el médico, dentista u optometrista regular para atender un padecimiento de CCS y el médico, dentista u optometrista no es un proveedor aprobado por CCS, es posible que usted sea responsable de pagar todos los servicios o equipos relativos a CCS que reciba su hijo.*

Para obtener más información acerca del programa CSS, comuníquese con el departamento de salud de su condado o visite [www.dhcs.ca.gov/services/ccs](http://www.dhcs.ca.gov/services/ccs).

## ¿Están cubiertos los servicios de salud mental?

Los niños afiliados a Healthy Families Program reciben servicios de salud mental a través de dos sistemas de servicio:

- **El Plan de seguro médico**  
Los niños reciben servicios básicos de salud mental a través de los planes de servicios médicos participantes.
- **El Departamento local de salud mental del condado**  
Los niños que necesiten servicios especializados de salud mental por un trastorno emocional grave

(SED) pueden recibir atención del departamento local de salud mental de su condado.

Si el proveedor sospecha que su hijo tiene un SED, lo enviará al departamento local de salud de su condado para una evaluación. Si se determina que su hijo tiene un SED, la atención de este trastorno será proporcionada por el departamento de salud mental del condado. Su hijo seguirá afiliado al plan de seguro médico y seguirá recibiendo de Healthy Families Program todos los demás servicios médicos necesarios no relacionados con el SED.

Si su hijo ya recibe servicios del departamento local de salud mental de su condado, por favor llame a sus proveedores de servicios médicos después de afiliarse a su hijo a Healthy Families Program. Su plan de seguro médico y su proveedor coordinarán la atención de su hijo con el departamento local de salud mental del condado. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de salud mental, hable con el proveedor de servicios médicos de su hijo.

# Resumen de beneficios

Beneficios*	Servicios	Costos al afiliado (copagos)
<b>Servicios de médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Consultas</li> <li>◆ Visitas al hogar</li> <li>◆ Atención de paciente interno o externo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ \$5 por consulta</li> <li>◆ \$5 por consulta</li> <li>◆ \$5 por consulta</li> <li>◆ Sin cargo si tiene menos de 24 meses de edad</li> </ul>
<b>Atención preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Exámenes médicos periódicos (incluyendo atención de rutina para el bebé)</li> <li>◆ Varios servicios voluntarios de planificación familiar</li> <li>◆ Atención prenatal</li> <li>◆ Exámenes de audición y visión</li> <li>◆ Vacunas</li> <li>◆ Exámenes de enfermedades de transmisión sexual (STD)</li> <li>◆ Orientación y asesoría confidencial del VIH/SIDA</li> <li>◆ Exámenes de Papanicolaou anuales</li> <li>◆ Servicios de educación de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Sin cargo (incluyendo consultas)</li> </ul>
<b>Medicamentos de receta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Suministro de 30 días de medicamentos de marca o genéricos, incluyendo un ciclo de medicamentos para dejar de fumar</li> <li>◆ Suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento</li> <li>◆ Mientras esté hospitalizado</li> <li>◆ Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por FDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ \$5 por receta</li> <li>◆ \$5 por receta</li> <li>◆ Sin cargo</li> <li>◆ Sin cargo</li> </ul>
<b>Hospital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Paciente interno:</i> habitación y alimentos, atención de enfermería y todos los servicios médicamente necesarios</li> <li>◆ <i>Paciente externo:</i> servicios diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos prestados en el hospital o instalación de paciente externo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Sin cargo</li> </ul>
<b>Sevicios médicos de emergencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Servicios de emergencia las 24 horas por enfermedades, lesiones o dolor agudo que requieran diagnóstico y tratamiento inmediatos para evitar poner al afiliado en peligro de perder la vida, de enfermedad grave o de incapacidad</li> <li>◆ Proporcionados dentro y fuera del área de servicio del plan de seguro médico y de las instituciones participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ \$5 por visita, a menos que sea hospitalizado</li> <li>◆ No se dará cobertura si los servicios recibidos no eran por una emergencia</li> </ul>

\* Beneficios proporcionados si el plan de seguros los determina médicamente necesarios.

# Resumen de beneficios

Beneficios*	Servicios	Costos al afiliado (copagos)
<b>Maternidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención prenatal y posnatal, atención de paciente interno y de sala de cunas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin cargo</li> </ul>
<b>Transporte médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emergency ambulance Transporte de emergencia en ambulancia al hospital y transporte médicamente necesario fuera de emergencias para llevar al afiliado de un hospital a otro hospital o instalación o a su hogar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin cargo</li> </ul>
<b>Servicios diagnósticos de radiografía y laboratorio**</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente interno y externo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin cargo</li> </ul>
<b>Equipo médico duradero**</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico apropiado para su uso en el hogar; oxígeno y sus equipos, bombas de insulina y todos los suministros relativos necesarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin cargo</li> </ul>
<p><b>Salud mental***</b></p> <p><u>Servicios básicos de salud mental</u> (Proporcionados por el plan o un subcontratista del plan).</p> <p><u>Servicios para Padecimiento emocional grave (SED)</u> (proporcionados por el departamento de salud mental del condado).</p>	<p>Diagnóstico y tratamiento de un padecimiento mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente interno: limitado a 30 días de servicios hospitalarios</li> <li>Paciente externo: limitado a 20 consultas por año de beneficios</li> <li>Los servicios de paciente externo e interno se proporcionan sin límite para las enfermedades mentales graves (SMI).</li> </ul> <p>Diagnóstico y tratamiento de SED.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El afiliado seguirá inscrito al plan de seguro médico y continuará recibiendo atención médica del proveedor del plan para los servicios relacionados con SED.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin cargo por servicios de paciente interno</li> <li>\$5 por consulta por servicios de paciente externo</li> <li>Sin cargo por tratamiento de SED.</li> </ul>

\* Beneficios proporcionados si el plan de seguros los determina médicamente necesarios.

\*\* Estos servicios puede proporcionarlos el programa California Children's Services (CCS). Las familias deben cumplir con los requisitos de residencia y los afiliados menores de 19 de edad deben tener algún padecimiento médico cubierto por CCS para ser elegibles para los servicios de CCS.

\*\*\* Los afiliados menores de 19 años de edad a quienes se haya diagnosticado un padecimiento emocional grave (SED) recibirán servicios del Departamento de salud mental del condado.

# Resumen de beneficios

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costos al afiliado (copagos)</b>
<b>Abuso en el consumo de alcohol y drogas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ <i>Paciente interno:</i> Como sea médicamente apropiado para extraer las sustancias tóxicas del sistema</li> <li>♦ <i>Paciente externo:</i> 20 consultas por año de beneficios (algunos planes tienen la opción de aumentar el número de consultas en el año de beneficios si determinan que los servicios de paciente externo son médicamente necesarios)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Sin cargo por servicios de paciente interno</li> <li>♦ \$5 por consulta por servicios de paciente externo</li> </ul>
<b>Terapia física, ocupacional y del habla**</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ La terapia puede proporcionarse en un consultorio médico u otro lugar apropiado para paciente externo, hospital, institución de enfermería especializada o el hogar. Los planes pueden exigir evaluaciones periódicas mientras sea proporcionada la terapia médicamente necesaria..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Sin cargo por servicios de paciente interno</li> <li>♦ \$5 por consulta por servicios de paciente externo</li> </ul>
<b>Atención médica en el hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Debe ser ordenada o dirigida por el médico titular u otra autoridad apropiada designada por el plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Sin cargo</li> </ul>
<b>Atención de enfermería especializada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Servicios prestados en una institución de enfermería especializada autorizada: 100 días por cada año de beneficios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Sin cargo</li> </ul>

\* Beneficios proporcionados si el plan de seguros los determina médicamente necesarios.

\*\* Estos servicios puede proporcionarlos el programa California Children's Services (CCS). Las familias deben cumplir con los requisitos de residencia y los afiliados menores de 19 de edad deben tener algún padecimiento médico cubierto por CCS para ser elegibles para los servicios de CCS.

## Beneficios médicos opcionales

No todos los planes de seguro médico ofrecen estos beneficios. Lea en las páginas 91 a 104 qué planes de seguros que cubren estos servicios.

<b>Beneficios opcionales</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costos al afiliado (copagos)</b>
<b>Acupuntura</b>	♦ 20 consultas por año de beneficios	♦ \$5 por consulta
<b>Quiropráctico</b>	♦ 20 consultas por año de beneficios	♦ \$5 por consulta
<b>Biofeedback</b>	♦ Los planes de seguros varían (lea las páginas 91 a 104)	♦ \$5 por consulta
<b>Abortos opcionales</b>	♦ Los planes de seguros varían (lea las páginas 91 a 104)	♦ Sin cargo

# Resumen de beneficios

## Beneficios de la vista

Beneficios de la vista*	Servicios	Costos al afiliado (copagos)
Exámenes de la vista	♦ Una vez cada 12 meses	♦ \$5 por examen
Anteojos de receta	♦ Una vez cada 12 meses	♦ \$5 por anteojos, armazones o lentes

## Beneficios dentales

Beneficios dentales*	Servicios	Costos al afiliado (copagos)
Atención preventiva (Limpiezas dentales, flúor tópico)	♦ Cada 6 meses	♦ Sin cargo
Empastes	♦ Como sea necesario	♦ Sin cargo
Selladores	♦ Como sea necesario solamente para los 1° y 2° molares permanentes	♦ Sin cargo
Servicios de diagnóstico	♦ Radiografías (de mordida lateral, completas y panorámicas) ♦ Consultas	♦ Sin cargo
Servicios mayores	♦ Endodoncia ♦ Cirugía oral ♦ Coronas y puentes ♦ Dentaduras postizas	♦ \$5 ♦ \$5 ♦ \$5 ♦ \$5
Servicios de ortodoncia	♦ Se ofrecen a los afiliados menores de 19 años de edad a través del programa de Servicios para los niños de California (CCS), cuando el padecimiento cumpla con los criterios del programa CCS	♦ Sin cargo

\* Beneficios proporcionados si el plan de seguros los determina médicamente necesarios.

**Nota** Los cuadros de beneficios de las páginas anteriores son solamente un resumen de los beneficios ofrecidos por cada plan de Healthy Families Program. Estos resúmenes son solamente como información. Éste no es un contrato. Consulte los términos y condiciones exactos de los beneficios, las estipulaciones, exclusiones y limitaciones de cada plan en el folleto de Prueba de cobertura o el Certificado de seguro disponible de cada plan. Llame al teléfono anotado en la página de descripción de cada plan de seguro médico.

# Selección de planes de seguros

Healthy Families le ofrece una variedad de opciones de planes de seguros médico, atención dental y cuidado de la vista. Lea más información en la sección Planes de seguro por condado y por cuota de la página 41 de este manual.

Usted puede elegir cualquier plan de seguros disponible en el condado donde viven sus hijos. A veces, un plan de seguro médico puede alcanzar el cupo máximo de afiliados en un condado y no aceptará nuevos solicitantes. Todos los niños del hogar deben afiliarse a los mismos planes de servicios médico, dental y de la vista.

En general, los beneficios son los mismos en los todos planes de Healthy Families, pero cada plan de seguros los administra de manera diferente. Las páginas 91 a 102 de este manual responderán a sus preguntas sobre cada plan de seguro. Estas páginas le ayudarán a comparar los planes de seguro y a elegir el mejor plan para su familia.

Todos los niños del hogar deben afiliarse a los mismos planes.

Para obtener más información acerca de los beneficios del plan, consulte el folleto de Prueba de cobertura (EOC) o el Certificado de seguros (COI) del plan. Usted puede pedir un folleto EOC o COI llamando al número de teléfono del plan de seguros que se encuentra en las páginas 137 a 171.

## ¿Cómo elijo los mejores planes para mis hijos?

Ésta es una decisión que deberá tomar usted. Éstas son algunas preguntas que pueden ayudarlo:

- *¿Qué planes de seguro hay disponibles en mi condado?* Lea la sección de Planes de seguro por condado y por cuota que comienza en la página 41 de este manual.
- *¿En qué planes de seguro participan mi médico y mi dentista?* Llame directamente a su médico o dentista o llame gratis a Healthy Families al 1-800-880-5305, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. si quiere información sobre médicos o dentistas en su área. También, busque proveedores por nombre o plan de seguro médico en nuestro sitio web en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov).

# Plan de poblaciones especiales

*¿Cómo puedo saber cuál de los planes que estoy considerando tiene el mejor servicio de atención al cliente?* Llame directamente a cada plan de seguro para hablar con ellos. Los números de teléfono están en la sección de Descripciones de los planes comenzando en la página 137 de este manual.

*¿Cómo puedo saber lo que otras familias piensan sobre los planes?* Lea la sección Guía de comparación de calidad de los planes en las páginas 111 a 132 para saber lo que piensan las familias sobre sus planes de servicios médicos y dentales.



**¿Hay algún plan especial si mi familia es india americana o nativa de Alaska o si mi familia se muda por mi trabajo de temporada?**

Sí. Hay un plan especial de seguro llamado “Plan de poblaciones especiales”, que ofrece cobertura médica, dental y de la vista a indios americanos, nativos de Alaska y familias empleadas en trabajos de temporada agrícolas, forestales o pesqueros.

Esta combinación de planes está disponible en todo el estado. Los planes que participan en la combinación de planes en todo el estado son Anthem Blue Cross EPO, Delta Dental y VSP. Esta combinación especial de planes permite a las familias mantener los mismos planes aún si se mudan siguiendo los trabajos de temporada.

Si usted es o ha sido trabajador de temporada o migratorio agrícola, forestal o pesquero en los últimos 24 meses, vaya a la página 89 donde se encuentra el código de esta combinación para el condado donde usted vive. Si usted es indio americano o nativo de Alaska también puede elegir esta combinación aún si no es trabajador migratorio o de temporada.

Escriba el código en la solicitud, donde se le pide que elija su plan.

# Selección de planes de seguros

---

## ¿Cómo elijo un médico personal (PCP) o un dentista personal (PSD)?

Usted puede elegir un PCP y un PCD para su familia en la solicitud. En muchos casos, puede seguir viendo el mismo médico o dentista que tiene ahora.

**Llame a Healthy Families al 1-800-880-5305** para solicitar una lista de PCP y PCD de su área. Revise la lista para saber si puede seguir viendo a su PCP o PCD actuales o para encontrar un médico o dentista que:

- Hable su idioma y
- Esté cerca de su casa y fácil de llegar.

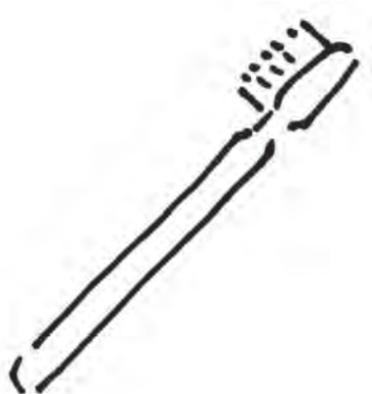
Sus hijos se convertirán en afiliados del plan de seguro que usted elija. El médico y dentista de sus hijos deben pertenecer a la red de los planes de seguro que usted elija.

## ¿Y si no elijo un PCP o un PCD en la solicitud?

La mayoría de los planes de seguro de salud y dental requieren que sus afiliados tengan un PCP y un PCD. Cuando un plan de seguro tiene este requisito y usted no elige el PCP o PCD en la solicitud, entonces el plan de seguro le asignará un PCP o PCD para cada niño. Es posible que el plan de seguros lo llame para ayudarle a elegir uno.

## ¿Cómo puedo cambiar de PCP o PCD?

Cada plan de seguro tiene sus propias reglas sobre cómo y qué tan seguido puede un afiliado cambiar de PCP o PCD. Lea la información en las páginas 91 a 102 de este manual.



# Selección de planes de seguros

## ¿Cómo recibirá mi familia los beneficios para la vista?

Lea la sección de Planes de seguro por condado y por cuota de la página 41 de este manual. Allí usted podrá elegir cualquier plan de cuidado de la vista disponible en su condado.

Lea en las páginas 169 a 171 acerca de los planes de cuidado de la vista y cómo comunicarse con ellos.

## ¿Cómo elijo un médico de la vista personal (PED)?

Usted puede elegir un PED para su familia en la solicitud. En muchos casos, puede seguir viendo el mismo médico de la vista que tiene ahora.

Llame a Healthy Families al 1-800-880-5305 para solicitar una lista de los PED de su área. Revise la lista para saber si puede seguir viendo a su PED actual o para encontrar un médico de la vista que:

- Hable su idioma y
- Esté cerca de su casa y fácil de llegar.

Sus hijos se convertirán en afiliados del plan de cuidado de la vista que usted elija. El médico de la vista de sus hijos debe pertenecer al plan de cuidado de la vista que usted elija.

## Resolución de disputas

### ¿Todos los planes resuelven las disputas de la misma manera?

No. Cada plan tiene sus propias reglas de resolución de disputas sobre la prestación de servicios y otros asuntos.

Algunos planes dicen que usted debe usar arbitraje obligatorio para las disputas; otros no.

Algunos planes dicen que las reclamaciones por negligencia deben decidirse con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que usted elija requiere arbitraje obligatorio, usted cede su derecho a un proceso por jurado y no podrá exigir que su disputa se resuelva ante un tribunal.

Consulte las páginas 91 a 102 de este manual para ver qué planes exigen arbitraje obligatorio.

**Recuerde: Elija los planes para su hijo de la lista que le proporcionamos. Si usted no elige un plan, Healthy Families elegirá uno por usted.**



# Información de ciudadanía e inmigración

## ¿Cuáles son los requisitos de ciudadanía e inmigración de Healthy Families Program?

Todos los niños que soliciten Healthy Families Program deben ser ciudadanos de los EE.UU., nacionales no ciudadanos de los EE.UU. o inmigrantes calificados elegibles. Las preguntas sobre ciudadanía e inmigración son aplicables a todos los niños que soliciten Healthy Families Program.

## ¿A quién se considera como inmigrante calificado elegible?

A continuación hay lista de las situaciones de inmigración y los papeles que necesitamos que usted nos envíe como pruebas de la situación de su hijo en los Servicios de ciudadanía e inmigración (CIS) de los EE.UU., anteriormente Servicio de inmigración y naturalización (INS).

**Si los papeles de inmigración para las situaciones 1 a 4 están fechados durante los últimos 5 años, pero la fecha de entrada legal fue anterior a esa fecha, por favor envíe también el papel que muestre la primera fecha de entrada. Si el niño entró a los EE.UU. durante los 5 años anteriores, entonces será elegible para Healthy Families si se cumplen todos los demás requisitos.**

1. *Un extranjero admitido legalmente como residente permanente* bajo la Ley de

inmigración y nacionalidad (INA) debe presentar una copia del formulario I-551 de CIS o un I-94 con un sello I-551 actualizado o un sello I-551 en un pasaporte extranjero *o*

2. *Un extranjero a quien se le concedió entrada condicional* conforme al Párrafo 203(a)(7) de INA, debe enviar una copia del formulario I-94 de CIS con un sello que muestre la fecha de entrada bajo la sección 203(a)(7) de INA o un formulario I-688B de CIS que muestre admisión bajo “274a.12(a)(3)” *o*

3. *Un extranjero a quien se le concedió entrada bajo palabra* a los EE.UU., bajo el Párrafo 212(d)(5) de INA, por lo menos por un año, debe enviar una copia del formulario I-94 de CIS mostrando admisión de por lo menos un año bajo la sección 212(d)(5) de INA o un aviso u orden de un juez de inmigración que otorgue la entrada bajo palabra de por lo menos un año *o*

4. *Un extranjero con la categoría migratoria apropiada*, quien (o cuyo hijo o padre) haya sido golpeado o sujeto a crueldad extrema en los EE.UU. y que haya una relación significativa entre los golpes o la crueldad extrema y la necesidad de obtener beneficios y quien haya dejado de vivir en el hogar del agresor, debe enviar una copia del formulario aprobado I-130 de CIS o del

# Información de ciudadanía e inmigración

formulario 360 aprobado por CIS, petición presentada bajo la Ley sobre violencia contra la mujer (VAWA) o el formulario I-797 de CIS indicando la presentación de la petición I-360.

## Los siguientes grupos de inmigrantes no tienen restricciones en la fecha de entrada:

5. *Un extranjero a quien se le concedió asilo* bajo el Párrafo 208 de INA debe enviar una copia del formulario I-94 de CIS mostrando la concesión de asilo bajo la sección 208 de INA o del formulario I-688B de CIS bajo el Párrafo “274a.12(a)(5)” o el formulario I-766 de CIS con el código “05” o una carta de concesión de la oficina de asilo de CIS o una orden de un juez de inmigración concediéndole asilo o
6. *Un refugiado admitido en los EE.UU.* bajo el Párrafo 207 de INA, debe enviar una copia del formulario I-94 mostrando admisión como refugiado bajo el Párrafo 207 de INA o del formulario I-688B de CIS bajo el Párrafo 274a.12(a)(3) o del formulario I-766 de CIS con el código “A3” o del formulario I-551 de CIS con el código “RE” o del formulario I-571 de CIS, Documento de viaje de refugiado o
7. *Un extranjero cuya deportación haya sido aplazada* por orden de un juez de inmigración bajo el Párrafo 243(h) de INA, vigente antes del 1º de abril de 1997 o cuya expulsión esté siendo aplazada bajo el Párrafo 241(b)(3) de INA, debe enviar una copia del formulario I-688B de CIS con el código “274a.12(a)(10)” o del formulario I-766 de CIS con el código “A10” o
8. *Un extranjero cubano o haitiano entrante*, como lo define el Párrafo 501(e) de la Ley de 1980 de Asistencia educativa a refugiados, debe enviar una copia del formulario I-551 de CIS con los códigos CU6, CU7 o CH6 o un sello actualizado I-551 con los códigos CU6 o CU7 en el formulario I-94 de CIS o un sello actualizado I-551 en un pasaporte extranjero con los códigos CU6 o CU7 o un formulario I-94 de CIS con un sello que muestre su entrada condicional como “cubano o haitiano entrante” bajo el Párrafo 212(d)(50) de INA o
9. *Los extranjeros calificados residentes legales de cualquier estado que sean veteranos dados de baja honorablemente*, que cumplan con los requisitos mínimos de servicio activo o que estén en servicio activo sin entrenamiento en

(continúa)

# Información de ciudadanía e inmigración

las fuerzas armadas de los EE.UU., deben enviar una copia del formulario DD 214 o una copia de la tarjeta de identificación militar si están en servicio activo o una copia de sus órdenes militares actuales o

10. *El cónyuge o dependiente soltero o el cónyuge sobreviviente no casado* cuyo matrimonio cumpla los requisitos de 38 U.S.C. 1304 de aquellos veteranos o personas en servicio activo, descritas en la oración anterior, deben enviar una copia de una tarjeta de identificación militar actual, para establecer la relación matrimonial con el veterano o la relación padre-hijo con el veterano o

11. *Un refugiado amerasiático admitido en los EE.UU.* conforme al Párrafo 584 de la Ley de adjudicaciones para operaciones extranjeras, financiación de exportaciones y programas de apropiaciones afines de 1988, según se describe en el Párrafo 1612(a) (2)(A)(1)(V) del Título 8 del Código de los Estados Unidos, debe enviar una copia del formulario I-551 de CIS con el código AM6, AM7 o AM8. Un sello actual I-551 temporal en un pasaporte extranjero con el código AM1, AM2 o AM3 o un formulario I-94 de CIS con los códigos AM1, AM2 o AM3.

## ¿Cuándo se deben presentar los documentos?

Usted tiene dos meses desde la fecha de afiliación para enviar pruebas de ciudadanía o situación migratoria.

Si desafiliamos a un niño porque usted no presentó los papeles necesarios, puede volver a solicitar, pero deberá enviar copias del acta de nacimiento, del certificado de naturalización, del pasaporte estadounidense o de los papeles de CIS cuando presente la solicitud nuevamente.

Si tiene alguna pregunta sobre los papeles aceptables, **llame al 1-800-880-5305**. La llamada es gratuita.



# Cambios de dirección, ingresos o tamaño de su familia

## ¿Cómo reporto un cambio de dirección?

Para reportar un cambio, **llame al 1-866-848-9166**. Usted puede llamar de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m.

O escriba a:

**Healthy Families Program**  
**Attn: Address Change**  
**P.O. Box 138005**  
**Sacramento, CA 95813-8005**



Asegúrese que Healthy Families tenga su dirección postal correcta y la dirección correcta de la casa de los niños afiliados al programa. Debe avisar a Healthy Families Program a más tardar 30 días después si usted cambia de dirección, porque posiblemente sus hijos tengan que cambiarse a un plan de seguro médico, de atención dental o de cuidado de la vista diferentes.

## ¿Debo reportar la nueva información si cambian mis ingresos o el número de personas en mi familia?

No tiene que presentar la nueva información sino hasta la Revisión anual de elegibilidad (AER) o cuando usted agregue una persona. Una vez que se establezca su elegibilidad, sus hijos estarán cubiertos por un período de 12 meses (un año), a menos que un niño afiliado a Healthy Families cumpla los 19 años, lo desafilie porque usted no pagó las cuotas durante dos meses consecutivos o porque usted solicitó la desafiliación.

Si los ingresos familiares bajan en cualquier momento antes de la AER y usted quiere que reevaluemos si su hijo es elegible o ver si se pueden reducir sus cuotas, **llame al 1-866-848-9166 y pida un Formulario de reevaluación de cuota**. Este formulario también está a su disposición en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov), para que lo usted imprima y lo envíe por correo.

Los cambios en sus ingresos o el tamaño de su familia pueden afectar la elegibilidad futura de sus hijos para Healthy Families. Si sus ingresos caen por debajo de las pautas de ingresos de Healthy Families, posiblemente sus hijos sean elegibles para la cobertura de salud gratuita a través del programa Medi-Cal sin costo.

# Revisión anual de elegibilidad (AER)

---

## ¿Qué es la Revisión anual de elegibilidad (AER)?

Cada año se le pedirá renovar la elegibilidad de su hijo para Healthy Families. Le avisaremos por correo del procedimiento de la Revisión anual de elegibilidad (AER).

Recibirá este aviso unos 60 días antes de la fecha de aniversario de su familia en Healthy Families Program. En el aviso le pediremos que verifique el tamaño de su familia y sus ingresos.

Debemos recibir su formulario de AER y los papeles de ingresos a más tardar en la fecha indicada en el paquete. Si el niño afiliado sigue siendo elegible para el programa, la cobertura continuará por otros 12 meses.

Cada vez que usted afilie a otro niño al programa, usted volverá a renovar la elegibilidad de todos sus hijos afiliados a Healthy Families por otros 12 meses.

La fecha la revisión anual de elegibilidad para su niños será 12 meses después de la fecha en que se haya afiliado el programa el último niño.

Calcularemos de nuevo la cuota mensual. La cuota nueva puede cambiar de acuerdo con los ingresos del hogar.

## ¿Y si mis ingresos son más bajos?

Si su hijo ya no es elegible para el programa durante la AER porque los ingresos de su hogar estén por debajo de las pautas del programa, Healthy Families enviará su formulario de AER a Medi-Cal. Posiblemente su hijo reciba cobertura médica temporal gratuita de Medi-Cal. La cobertura temporal gratuita de Medi-Cal de su hijo continuará hasta que Medi-Cal tome una decisión definitiva.

## ¿Cómo puedo conservar la cobertura de mis hijos en Healthy Families Program?

A veces, desafiliamos a los niños (son sacados del programa). Cuando esto sucede, pierden su cobertura médica, dental y de la vista. Éstas son las maneras para conservar cobertura de su hijo en Healthy Families Program:

- Envíenos los papeles pedidos cuando se le pidan, incluyendo certificados de nacimiento o los papeles de Servicios de ciudadanía e inmigración (CIS) anteriormente Servicio de inmigración y naturalización (INS).
- Asegúrese que sean correctas las declaraciones acerca de la elegibilidad de su hijo.
- Pague la cuota mensual completa cada mes.
- Envíenos toda la información pedida con el formulario de Revisión anual de elegibilidad de sus hijos.
- Devuelva su formulario de Revisión anual de elegibilidad a más tardar en la fecha límite.

## **DESAFILIAREMOS A SUS HIJOS (LOS SACAREMOS DEL PROGRAMA) SI:**

- Sus hijos ya no son elegibles para Healthy Families en su Revisión anual de elegibilidad. Por

ejemplo, si sus ingresos son mayores o menores de lo que permite Healthy Families Program. Si son menores, su hijo puede ser elegible para Medi-Cal.

- En su Revisión anual de elegibilidad, el niño está afiliado a Medi-Cal sin costo o a algún seguro patrocinado por el patrón o si tuvo un seguro patrocinado por el patrón en los últimos 3 meses.
- Usted escribió una carta a Healthy Families Program pidiendo la desafiliación.
- Usted no pagó su cuota mensual completa durante 2 meses seguidos.
- Usted no devolvió en la fecha límite los papeles que le pedimos. Por ejemplo, el formulario de Revisión anual de elegibilidad y los papeles de ingresos.
- También, desafiliamos a un niño cuando cumpla 19 años de edad. La cobertura termina el día último del mes del cumpleaños 19 del niño.

Usted recibirá un aviso de desafiliación por escrito antes de que termine la cobertura médica, dental y de la vista del niño.

La carta le dará el motivo y la fecha de la desafiliación. Si no está de acuerdo con la decisión, lea la sección del Proceso de apelación de la página 33 de este manual.

# Patrocinio y Avisos de HIPAA

---

## ¿Cómo vuelvo a afiliarme a mi hijo a Healthy Families?

Si desafiliamos a su hijo, usted deberá llenar un formulario de reafiliación y enviarlo por correo a más tardar 60 días después la desafilación.

Si vuelve a afiliarse a Healthy Families, usted tendrá que pagar su cuota actual y todas las cuotas vencidas de los 12 meses anteriores, antes de reafiliarse.

Si quiere más información sobre los pagos requeridos para reafiliarse o para pedir un Formulario de reafiliación, por favor llame al 1-866-848-9166 o descargue el formulario de nuestro sitio web en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov).

Usted tendrá que enviar pruebas de ingresos y deducciones con su solicitud llena o con su formulario de reafiliación. También deberá pagar todas las cuotas vencidas que deba cuando presente su solicitud. Llame a Healthy Families al 1-866-848-9166 para averiguar si usted tiene cuotas vencidas. Healthy Families le avisará cuánto dinero tendrá que enviar con solicitud o su formulario de reafiliación.

## ¿Puede pagar otra persona mis cuotas mensuales?

Sí. Un Patrocinador de contribuciones familiares es una persona u organismo registrado con la Junta directiva de seguros médicos de riesgos administrados (MRMIB) para hacer los pagos de la familia a nombre del solicitante

del programa por 12 meses. Para obtener más información sobre el patrocinio y para afiliarse como patrocinador, vaya a la sección de Patrocinio de nuestro sitio web en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov).

## ¿Qué son los avisos de la Ley de portabilidad y responsabilidades del seguro médico (HIPAA)?

Healthy Families Program es considerado como cobertura “acreditable” bajo HIPAA, con el fin de calificar a su hijo para otra cobertura de seguro de salud después de dejar Healthy Families Program. Esto es muy importante cuando usted tiene un padecimiento preexistente y está cambiando la cobertura de Healthy Families por un nuevo plan de seguro médico. En estos casos, si su hijo ha tenido 18 meses de cobertura de Healthy Families, ésta puede cancelar cualquier exclusión por padecimiento preexistente o períodos de espera del nuevo plan de seguro médico. A más tardar 10 días después de la fecha de la desafilación, Healthy Families Program le enviara el aviso de HIPAA. Este aviso contendrá el número de meses de cobertura acreditable mientras estuvo afiliado al programa.

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-866-848-9166**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita

## ¿Cómo puedo cambiar de un plan a otro?

Usted puede pedir un cambio de un plan de seguro médico o dental o de la vista a otro para su hijo. Se permitirán los cambios si:

- Usted pide un cambio de plan de seguro médico, dental o de la vista, una vez, por cualquier motivo, durante los primeros tres meses desde la fecha de comienzo de cobertura del programa o
- Su hijo se muda fuera del área donde brinda sus servicios el plan de seguro elegido y hay por lo menos otro plan de seguro que brinde servicios en el área donde vive el niño o
- Usted pide un cambio de plan de seguro médico, dental o de la vista, una vez, por cualquier motivo, durante los primeros 30 días desde la fecha de comienzo de cobertura de un plan nuevo después de la Inscripción abierta o
- Healthy Families no renueva el contrato con el plan de seguros participante en el que está afiliado el niño o se cancela el contrato.

Envíe su pedido de cambio a Healthy Families por teléfono, correo o fax.

- Llámenos al **1-866-848-9166** para avisarnos qué plan de seguro médico nuevo quiere. (La llamada es gratuita)

- O, anote el plan que elija y su Family Member Number en una hoja de papel y envíelo por correo a:

**Healthy Families Program  
P.O. Box 138005  
Sacramento, CA 95813-8005**

- O envíe por fax el papel al: 1-866-848-4974 (El número de fax es gratuito.)

También se permitirá un cambio si no puede establecer una buena relación con su plan y el director ejecutivo de la Junta de seguros médicos de riesgos administrados determina que el cambio sería lo más conveniente para los intereses del niño y del programa. Este pedido de cambio de plan debe hacerse por escrito. Escriba su Family Member Number en todos los papeles que envíe y envíe este tipo de pedido de cambio a:

**Managed Risk Medical  
Insurance Board (MRMIB)  
PO Box 2769  
Sacramento, CA 95812-2769**

- O envíe por fax su pedido al: 1-916-327-9661

*Nota: Todos los pedidos de cambio deben hacerse por alguno de los motivos indicados en esta lista. Si el motivo para solicitar un cambio no incluye alguno de los indicados arriba, deberá esperar hasta el período anual de Inscripción abierta.*

# Cambios y Período de inscripción abierta

---

Los cambios de plan comenzarán el día primero del mes dado, a más tardar 40 días después de la fecha de aprobación del cambio. Los afiliados que estén internados en un hospital al momento en que comience el cambio programado, serán cambiados a los nuevos planes hasta el primer día del mes siguiente a que haya terminado su hospitalización.

**Cuota mensual.** Cuando ocurran cambios entre planes de seguro médico se volverá a calcular la cuota mensual. La cuota nueva puede ser más alta o más baja, dependiendo del nuevo plan que elija. Healthy Families avisará por escrito al solicitante si cambia la cantidad de la cuota mensual. Un cambio de plan no cambiará la cuota que haya pagado un patrocinador.

## ¿Cuándo le pedirá Healthy Families que elija un nuevo plan?

Si Healthy Families se entera que su hijo ya no vive en el área que atienden sus planes elegidos de seguro médico, dental o de la vista, Healthy Families le avisará por escrito para que elija nuevos planes en su nueva área de residencia.

Si usted no elige nuevos planes a más tardar 30 días después de la fecha del aviso por escrito, Healthy Families afiliará a su hijo al Plan proveedor comunitario

de su nueva área, si hay alguno disponible. Healthy Families elegirá el plan de atención dental o de cuidado de la vista por usted si hay más de un plan dental o de cuidado de la vista en su área.

## ¿Qué es el período de Inscripción abierta?

Cada año, usted podrá elegir un nuevo plan de seguro médico, dental y de la vista para su hijo. Este proceso se llama “Inscripción abierta”. Se lleva a cabo del 15 de abril al 31 de mayo de cada año. Healthy Families le enviará por correo su información a principios de abril. Esta información describirá el proceso de Inscripción abierta. Si usted elige nuevos planes de seguros durante la Inscripción abierta, todos los niños de su hogar serán transferidos a los nuevos planes de seguros. La cobertura del nuevo plan comenzará el 1° de julio.

## ¿Cómo afilio a Healthy Families a mis otros hijos que no están en el programa?

**Llame al 1-866-848-9166** para pedir un formulario para Agregar una persona. Usted puede llamar de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

O puede descargar formulario para Agregar una persona de nuestro sitio web en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov).

# El proceso de apelaciones

Si el niño no es elegible para Healthy Families y si usted nos da permiso, enviaremos el formulario para Agregar una persona al Departamento de servicios sociales de su condado, para que se determine si es elegible para Medi-Cal para la cobertura de seguro médico gratuito.

## ¿Qué tipo de decisiones puedo apelar?

Usted puede presentar una apelación si cree que hemos tomado una decisión sobre elegibilidad, fecha de comienzo de la cobertura o desafiliación, desobedeciendo las reglas del programa. “Presentar una apelación” significa pedir que el programa vuelva a considerar una decisión tomada acerca de la elegibilidad de su hijo.

El proceso de apelación consiste en tres niveles de revisión separados:

**Apelación de primer nivel:** Esta apelación debe entregarse a más tardar 60 días después de la fecha de la carta de la decisión. Este proceso requiere una apelación por escrito del solicitante o su representante autorizado. El desacuerdo debe ser sobre la elegibilidad (rechazo), desafiliación o porque se dispute la fecha de comienzo de la cobertura del programa.

Healthy Families revisará su apelación y le responderá por escrito a más tardar en 30 días.

Envíe su apelación de primer nivel a:

**Healthy Families**  
**Attn: Appeals Department**  
**PO Box 138005 Sacramento,**  
**CA 95813-8005**

La fecha del sello postal en el sobre o la fecha en que se envíe un fax servirán como la fecha de presentación de la apelación.

Las apelaciones que se envíen después del plazo se tramitarán como peticiones de revisión de programa.

Para presentar una apelación, llene el formulario que viene con la carta de la decisión.

Ya sea que use el formulario o que escriba una carta, usted deberá hacer lo siguiente para presentar su petición de una apelación de primer nivel:

- Envíenos una copia del aviso por escrito o díganos con qué decisión no está de acuerdo y
- Explique por qué considera que nuestra decisión es la equivocada. Si le parece que hemos cometido un error acerca de los hechos en su caso, por favor díganos. Si cree que no hemos cumplido alguna regla, tal como una ley o reglamento u otra política por escrito, por favor díganos. y
- Díganos cómo quiere que se resuelva su apelación (qué quiere que hagamos) y
- Dénos toda la información adicional que usted quiera que tomemos en cuenta y

# El proceso de apelación

---

- Asegúrese de escribir su Family Member Number en todo papel que envíe a Healthy Families.

## Apelación de segundo nivel:

Si no está de acuerdo con la decisión que Healthy Families tome en la apelación de primer nivel, usted puede presentar una apelación de segundo nivel ante el Director ejecutivo de la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (MRMIB), la agencia que administra el programa. Presente su apelación de segundo nivel a más tardar a 30 días después de la fecha de la carta de decisión de la apelación de primer nivel. Las apelaciones de segundo nivel son apelaciones por escrito del solicitante o su representante autorizado, sobre la decisión tomada en la apelación de primer nivel. Envíe por correo su apelación de segundo nivel a:

**Executive Director  
Managed Risk Medical  
Insurance Board (MRMIB)  
PO Box 2769  
Sacramento, CA 95812-2769**

*También puede enviar por fax su apelación al 1-916-327-6560.*

Revisaremos su apelación y le enviaremos una respuesta por escrito.

## Audiencia administrativa de tercer nivel:

Si no está de acuerdo con la decisión del director ejecutivo de MRMIB, usted tendrá derecho a pedir una audiencia

administrativa. Usted tendrá 30 días a partir de la fecha de la carta de la decisión del director ejecutivo de MRMIB para pedir una audiencia administrativa. El aviso de MRMIB contendrá toda la información que usted necesitará para pedir para una audiencia administrativa. Se le avisará por escrito de la fecha, hora y lugar de la audiencia administrativa.

## Revisiones del programa:

Además del proceso de apelación anterior, el programa tiene la autoridad para hacer “revisiones de programa”, las cuales son revisiones informales de problemas, como papeles nuevos de ingresos, preguntas sobre facturación, saldos de cuenta y otras quejas y preguntas que no estén sujetas al proceso formal de apelación o no cumplen con los plazos de apelación.

## ¿Puedo solicitar cobertura continua para mi hijo hasta que se tome una decisión en mi apelación?

Si usted apela una decisión de desafiliación antes de la fecha de la desafiliación, su hijo recibirá una Afiliación continua (CE). CE quiere decir que su hijo continuará afiliado a Healthy Families hasta que se tome la decisión acerca de su apelación de primer nivel. Healthy Families deberá recibir su petición por escrito para la CE antes del fin del mes en el cual sucederá la

desafiliación. Healthy Families no puede revisar apelaciones por teléfono.

Usted puede usar el formulario para Afiliación continua que se incluye con el aviso de desafiliación para presentar su apelación o escribirnos una carta. También puede descargar el formulario de Continuación de afiliación de nuestro sitio web en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov).

Envíe por correo su apelación a:

**Healthy Families  
Attn: Review Unit  
P.O. Box 138005  
Sacramento, CA 95813-8005**

**También puede enviar por fax su apelación al 1-866-848-4974.**

## ¿Puedo apelar una decisión de un plan de seguro médico, dental o de la vista?

Si usted no está contento con algo que su plan de seguro médico, atención dental o de cuidado de la vista haya hecho (o no haya hecho), usted deberá resolver los problemas con el plan, de acuerdo con sus políticas y procedimientos. No sacarán a su hijo del plan ni será castigado por hacerlo. El procedimiento se explica en el Prueba de cobertura (EOC) o en el folleto del Certificado de seguro (COI). Usted recibirá estos folletos del plan de seguro médico, dental y de cuidado de la vista de su hijo. Usted puede

leer estos papeles antes de elegir un plan de seguros. Llame al plan directamente para pedir una copia.

Si no puede resolver su disputa con el plan y su plan de seguros tiene licencia estatal, comuníquese con la agencia gubernamental estatal, el Departamento de atención médica administrada o el Departamento de seguros, el cual otorga las licencias a los planes de seguros. El número está en los folletos EOC o COI.

*Nota: Una de las condiciones de afiliación de muchos planes de seguro médico es que usted renuncie a su derecho a un juicio por jurado o juez y que acepte que algunos o todos los reclamos o desacuerdos sean resueltos por medio de arbitraje obligatorio. Este requisito puede incluir asuntos de negligencia médica. Lea en las páginas 91 a 102 de este manual qué planes de seguros requieren arbitraje obligatorio.*



# Ley de estadounidenses con discapacidades

## Ley de estadounidenses con discapacidades de 1990

Los contratistas utilizan California Relay Service para comunicarse con personas con problemas para oír cuando sea necesario. Todos los servicios se prestan sin costo para el solicitante. El número es 1-800-735-2929. Ésta es una llamada gratuita.

El párrafo 504 de la Ley de rehabilitación de 1973 establece que ninguna persona discapacitada será, con base en su discapacidad, excluida de participar, ni se le negarán los beneficios, ni será sujeta a discriminación bajo ningún programa o actividad que reciba o se beneficie de la asistencia financiera federal.

La Ley de estadounidenses con discapacidades de 1990 (ADA) prohíbe a la Junta directiva de seguros médicos de riesgos administrados y a sus contratistas que discriminen con base en una discapacidad. La ley protege a sus solicitantes y afiliados discapacitados en los servicios del programa. También exige que la Junta directiva y sus contratistas hagan concesiones razonables para los solicitantes y afiliados.

La Junta de seguros médicos de riesgos administrados ha designado un coordinador de la ley ADA. Este coordinador estará a cargo de las responsabilidades de la Junta

directiva en conformidad con la ley. Posiblemente usted tenga alguna pregunta o duda sobre el cumplimiento de la Ley ADA por parte de la Junta directiva o sus contratistas, de ser así, comuníquese con el coordinador en:

**ADA Coordinator  
Managed Risk Medical  
Insurance Board  
PO Box 2769  
Sacramento, CA 95812-2769  
1-916-324-4695**

Las personas con problemas para oír pueden llamar al coordinador de ADA a través de California Relay Services al 1-800-735-2929.



# Aviso de privacidad de Healthy Families Program

---

**Este aviso describe cómo podrá ser usada y revelada su información médica y cómo puede usted tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.**

Cuando usted solicita Healthy Families Program, la información que usted da en la solicitud es revisada por un contratista privado, contratado por el estado de California, para asistir en la administración del programa. El contratista evalúa si su familia podría ser elegible para los programas Healthy Families y Medi-Cal. El contratista y el estado usarán esta información para administrar y

evaluar el programa y para los fines necesarios autorizados por ley. Si algún familiar parece ser elegible para Medi-Cal sin costo y usted no indica en su solicitud que usted no quiere Medi-Cal, entonces la información que usted proporcione en su solicitud será enviada al Departamento de servicios sociales donde usted vive para que ellos determinen si su hijo es elegible para el programa Medi-Cal sin costo.

La utilización y divulgación que no sean parte de las operaciones del programa se harán solamente con la autorización por escrito del solicitante, la cual puede retirarse después por medio de una carta del solicitante.

# Aviso de privacidad de Healthy Families Program

---

## Sus derechos sobre la manera como se usa su información personal

Usted tiene derecho a pedir que Healthy Families Program limite el uso de su información personal. No obstante, el programa no tiene que aceptar las restricciones si éstas impiden su operación normal. También tiene derecho a obtener una copia o pedir un cambio a la información personal que proporcionó a Healthy Families Program, siempre y cuando el programa conserve dicha información. Tiene derecho a recibir una explicación de cómo se reveló su información personal, cuando Healthy Families Program utilice su información con otros fines que no sean para realizar las operaciones del programa.

Healthy Families Program está obligado por ley a mantener la privacidad de la información que usted proporcione en su solicitud, a informarle de sus prácticas de privacidad y a cumplir con los términos de este aviso, el cual entró en vigor el 1° de julio de 2002. Healthy Families puede hacer cambios a las prácticas de privacidad descritas aquí y avisará a los afiliados del programa con manuales actualizados del programa o a través de avisos directos por correo a más tardar 60 días después de la fecha de tal cambio.

Usted puede comunicarse con Healthy Families Program si cree que sus derechos de privacidad han sido transgredidos escribiendo a:

**Privacy Officer Healthy Families Program  
Managed Risk Medical Insurance Board  
PO Box 2769  
Sacramento, CA 95812-2769  
1-916-324-4695**

Healthy Families puede usar la información proporcionada por otros departamentos estatales y federales. Otros departamentos dan información acerca de ingresos y atención médica a Healthy Families. Healthy Families sólo usa la información para averiguar si sus hijos son elegibles para Healthy Families. Healthy Families no compartirá la información de su solicitud con ninguna autoridad o agencia de impuestos local, estatal ni federal.



# Cuadro de cuotas de Healthy Families Program

Cómo determinar la cuota de su hijo:

- En el cuadro de abajo, busque el tamaño de su familia y la columna de sus ingresos netos para encontrar su categoría de ingresos A, B o C.
- Busque su condado de residencia y vaya a esa página.
- Elija su plan de seguros y busque su categoría de cuota del seguro en A, B o C.

Si su cobertura está por debajo de la Categoría A, es posible que sus hijos sean elegibles para la cobertura gratuita a través de Medi-Cal Program.

Tamaño de su familia (personas)	Categoría A	Categoría B	Categoría C
1	\$868 - \$1,300	\$1,300.01 - \$1,734	\$1,734.01 - \$2,167
2	\$1,168 - \$1,750	\$1,750.01 - \$2,334	\$2,334.01 - \$2,917
3	\$1,468 - \$2,200	\$2,200.01 - \$2,934	\$2,934.01 - \$3,667
4	\$1,768 - \$2,650	\$2,650.01 - \$3,534	\$3,534.01 - \$4,417
5	\$2,068 - \$3,100	\$3,100.01 - \$4,134	\$4,134.01 - \$5,167
6	\$2,368 - \$3,550	\$3,550.01 - \$4,734	\$4,734.01 - \$5,917
7	\$2,668 - \$4,000	\$4,000.01 - \$5,334	\$5,334.01 - \$6,667
8	\$2,968 - \$4,450	\$4,450.01 - \$5,934	\$5,934.01 - \$7,417